



Boletín Médico del Hospital Infantil de México

www.elsevier.es/bmhim



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Revisión de modelos para el análisis de dilemas éticos



Jennifer Ruíz-Cano^a, Guillermo R. Cantú-Quintanilla^b, Diana Ávila-Montiel^a,
José Domingo Gamboa-Marrufo^{a,†}, Luis E. Juárez-Villegas^a,
Adalberto de Hoyos-Bermea^{c,d}, Adrián Chávez-López^a, Karla P. Estrada-Ramírez^c,
Carlos A. Merelo-Arias^a, Myriam M. Altamirano-Bustamante^e,
Nahum de la Vega-Morell^f, Ingris Peláez-Ballestas^g,
Jessica H. Guadarrama-Orozco^a, Onofre Muñoz-Hernández^{a,c},
Juan Garduño-Espinosa^{a,c,*} y Grupo de Estudio sobre Dilemas Éticos HIMFG-IPADE

^a Hospital Infantil de México Federico Gómez, México, D.F., México

^b Universidad Panamericana, México, D.F., México

^c Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., México

^d Universidad Anáhuac, México, D.F., México

^e Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F., México

^f Instituto Panamericano de Alta Dirección de Empresas (IPADE), México, D.F., México

^g Hospital General de México, México, D.F., México

Recibido el 13 de febrero de 2015; aceptado el 24 de marzo de 2015

Disponible en Internet el 2 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Análisis ético;
Modelos;
Bioética

Resumen En la práctica médica pediátrica es frecuente encontrar a pacientes en circunstancias que representan un dilema ético para los profesionales de la salud. Un dilema corresponde a una situación en la que los preceptos morales o las obligaciones de similar obligatoriedad ética se encuentran en conflicto, de forma que cualquier solución posible al dilema es moralmente intolerable.

Una revisión de la literatura permitió identificar diferentes modelos que abordan esta clase de dilemas. Se localizaron artículos utilizando las bases de datos Ebsco Host, ProQuest, Ovid e InMex, así como metabuscadores como *metacrawler*. Algunos de los modelos analizados fueron los siguientes: el Modelo de Anne Davis, el Método de Nijmegen, el Método de Diego Gracia, el Método Integral, el Modelo del Centro de Ética Médica de Bochum, el Modelo de Brody y Payton, el Modelo de Curtin y Flaherty, el Modelo de Thompson y Thompson, la Fórmula SAD, el Modelo de Javier Morata, el Modelo de Elaine Congress, el Modelo IFSW, el Modelo de Loewenberg y Dolgoff, el Modelo de la Ley Social, el Método DOER, el Modelo de Brommer, el Modelo de Corey y Callanan, el Modelo de Pope y Vasquez, el Modelo de Bush, Connell y Denney, el Modelo de Ferrell, Gresham y Fraedrich y el Modelo de Hunt y Vitell.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juan.gardunoe@gmail.com (J. Garduño-Espinosa).

† El Dr. José Domingo Gamboa-Marrufo falleció durante el proceso de producción del artículo.

Los criterios compartidos entre los diferentes modelos fueron los siguientes: a) la especificación del dilema ético; b) la descripción de los hechos a considerar; c) la definición de valores, principios y la postura ética que será tomada en consideración; y d) la toma de decisiones con la identificación de alternativas de solución. De acuerdo con la literatura revisada, se explican algunos modelos con el fin de identificar y ejemplificar elementos críticos que pudieran ser utilizados de manera práctica por los Comités de Ética Clínica u Hospitalaria en las instituciones de salud pediátrica en México.

© 2015 Hospital Infantil de México Federico Gómez. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Ethic analysis;
Models;
Bioethics

Review of models for the analysis of ethical dilemmas

Abstract In pediatric medical practice it is common to encounter situations that represent a dilemma for health professionals. A dilemma occurs when ethical problems found in professional practice cause serious internal conflicts because they imply actions that contradict their colleagues, employees, or their own personal values and are classified as personal value conflicts, conflicts with other professionals, conflicts with clients and with organizations.

A literature review allowed identifying different models to debate these types of dilemmas. The present work is a review of the search of scientific articles using databases such as Ebsco Host, ProQuest, Ovid, and InMex as well as metasearch tools such as metacrawler. The models found are as follows: Model of Anne Davis, Nijmegen method, Method of Diego Gracia, Integral method, Bochum Center Ethics model, Model of Brody and Payton, Model of Curtin and Flaherty, Model of Thompson and Thompson, SAD method, Model of Javier Morata, Model of Elaine Congress, IFSW model, Model of Loewenberg and Dolgoff, Ley Social Model, DOER method, Model of Brommer, Model of Corey and Callanan, Model of Pope and Vasquez, Model of Bush, Connell and Denney, Model of Ferrell, Gresham and Fraedrich, and Model of Hunt and Vitell.

The key criteria shared in the different models are a) specifying the ethical dilemma, b) description of the facts, c) value definition, moral code and facts, decision making and d) identifying alternative solutions. In order to review the literature, some models are explained with the purpose of identifying and representing critical elements that clinical ethics committees could use in a practical manner in pediatric health institutions in Mexico.

© 2015 Hospital Infantil de México Federico Gómez. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introducción

En la práctica de la medicina pediátrica los pacientes no suelen participar directamente en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Debido a esto, su bienestar guarda cierta dependencia de la decisión de otros, lo que puede originar ciertos dilemas éticos. Generalmente, los pacientes pediátricos se encuentran al cuidado de los padres o tutores, quienes tienen múltiples obligaciones y deberes. Esto influye, a veces de forma desfavorable, en las decisiones que se toman sobre ellos. Por ello, los médicos tienen la responsabilidad de formular un juicio independiente sobre los mejores intereses para el paciente, así como el deber de evaluar y cuestionar las decisiones de los padres, siempre buscando anteponer el interés superior del niño¹.

Un dilema (del latín *dilemma*, dos premisas) está formado a partir de dos proposiciones contrarias disyuntivamente². Un dilema ético es una situación en la que los preceptos morales o las obligaciones de similar obligatoriedad ética se encuentran en conflicto, de forma que cualquier solución posible al dilema es moralmente intolerable. Visto desde

otra perspectiva, un dilema ético es una situación donde los principios morales que guían la conducta no permiten determinar de manera evidente lo correcto o incorrecto ante dos posibles cursos de acción³.

En el área de la salud, es necesario separar los problemas éticos que se desprenden de la investigación científica médica de los problemas que surgen en el curso de la atención clínica a los pacientes y que también generan dilemas en el proceso de toma de decisiones. En el primer caso, existe un marco de referencia, una normatividad y la legislación para el abordaje de los problemas éticos asociados con la práctica de la ciencia, instrumentos con los que los Comités de Ética de la Investigación cuentan para enfrentar los conflictos generados. En el terreno de la atención individual a los pacientes, ha surgido el campo de estudio de la Ética Clínica⁴ como una respuesta a los conflictos morales cada vez más frecuentes. Esta disciplina ha establecido un espacio y un contexto para la discusión de los problemas éticos que se presentan en la atención a los enfermos. Es a esta última clase de dilemas a los que se enfoca el presente trabajo.

El objetivo de este estudio fue identificar elementos clave necesarios o indispensables para llevar a cabo el proceso de revisión de los dilemas éticos mediante el análisis de diferentes modelos descritos en la literatura.

2. Métodos

Para la búsqueda de la información se utilizaron las siguientes bases de datos: Ebsco Host, ProQuest, Ovid, InMex, así como metabuscadores como *metacrawler*. Se utilizaron las siguientes palabras clave tanto en inglés como en español: «*bioethics*», «*ethics*», «*ethical and ethics dilemmas*», «*moral dilemmas*», «*resolving ethical dilemmas*», «*analysis dilemmas*», «*ethical model of decision making*», «*making an ethical decision*», «*moral philosophy*», «*ethic analysis*», «*models and methods for ethics analysis*», «*discuss ethics dilemmas*».

De acuerdo con Weinstein y colaboradores, un modelo puede definirse como una representación esquemática de la realidad, por lo que su utilidad es eminentemente práctica ya que intentan acercarse a una realidad compleja, tratando de simplificarla⁵. Se incluyeron los modelos en los que había una declaración explícita por parte de los autores de los siguientes criterios: a) la propuesta de un modelo, y como objetivo b) el análisis de dilemas éticos. La búsqueda no se limitó a los modelos enfocados en la atención a la salud. Los modelos identificados fueron analizados por al menos dos de los autores, y los elementos considerados como claves fueron utilizados para describirlos y llevar a cabo un ejercicio comparativo. Para juzgar un elemento como clave se consideraron los siguientes aspectos: a) su relevancia para cumplir con el objetivo de analizar y resolver los dilemas; b) la posibilidad de aplicarlo a la naturaleza clínica de los problemas en salud; c) que se adaptaran al contexto organizacional de los Comités de Ética Clínica u Hospitalaria en México; y d) la factibilidad de aplicarlo en la mayor parte de organizaciones de atención a la salud en las que se desarrolla la actividad clínica pediátrica especializada en nuestro país.

En el presente documento se describen los modelos identificados en la literatura, propuestos originalmente para establecer marcos de referencia para discutir y resolver dilemas éticos en general, y que a juicio de los autores pudieran ser de utilidad para enfrentar de manera formal y estructurada los dilemas éticos encontrados en la práctica clínica cotidiana de los pediatras. El propósito fue realizar un análisis comparativo que permitiera identificar elementos comunes que potencialmente sirvieran de fundamento para un modelo general. No se pretendió realizar una búsqueda exhaustiva de todos los modelos que se han descrito para abordar dilemas éticos. Se seleccionaron aquellos que, a juicio de los autores, eran representativos para el análisis de los dilemas en función de los criterios ya mencionados. Se identificaron 21 modelos relacionados con los dilemas éticos y su resolución, o bien con la toma de decisiones éticas, los cuales se incluyeron en el presente trabajo en función de que emitían recomendaciones explícitas acerca de cómo llevar a cabo el análisis de los dilemas éticos, ya fuera en el área de la salud o en cualquier otro contexto (Tabla 1).

A partir de la propia experiencia de los autores en diferentes instituciones de salud (Instituto Mexicano del Seguro

Tabla 1 Modelos identificados en la revisión y que han sido propuestos para abordar dilemas éticos

| Modelos éticos |
|---|
| 1. Modelo de Anne Davis |
| 2. Método de Nijmegen |
| 3. Método de Diego Gracia |
| 4. Método Integral |
| 5. Modelo del Centro de Ética Médica de Bochum |
| 6. Modelo de Brody y Payton |
| 7. Modelo de Curtin y Flaherty |
| 8. Modelo de Thompson y Thompson |
| 9. Fórmula SAD |
| 10. Modelo de Javier Morata |
| 11. Modelo de Elaine Congress |
| 12. Modelo de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (IFSW) |
| 13. Modelo de Loewenberg y Dolgoff |
| 14. Modelo de la Ley Social |
| 15. Método DOER |
| 16. Modelo de Brommer, Gratto, Gravender y Tuttle |
| 17. Modelo de G. Corey, M. Corey y P. Callanan |
| 18. Modelo de Kenneth Pope y Melba Vasquez |
| 19. Modelo de Bush, Connell y Denney |
| 20. Modelo de Ferrell, Gresham y Fraedrich |
| 21. Modelo de Hunt y Vitell |

Social, Institutos Nacionales de Salud y Hospitales dependientes de la Secretaría de Salud), se discutió, en sesiones grupales, desde una perspectiva teórica y en forma previa a la revisión de los modelos, acerca de los elementos que resultarían fundamentales para llevar a cabo el análisis de los dilemas que suelen presentarse en los Comités de Ética Hospitalaria en las diferentes instituciones de salud en México (Fase 1)⁶. La discusión se centró en la necesidad de establecer un protocolo de análisis estructurado y flexible a la vez, que permitiera adaptarse a las formas generales de discusión y resolución de los dilemas presentados comúnmente en los Comités de Ética Clínica. En la Fase 2 se analizaron los modelos identificados en la literatura a fin de buscar intencionadamente aquellos elementos de potencial utilidad, discutidos previamente en la Fase 1. Durante la revisión, además de la búsqueda de aspectos previamente definidos, se mantuvo la intención de identificar aspectos que no hubieran sido previamente especificados y que pudieran resultar de utilidad para sistematizar el análisis. Una vez terminada la revisión, y en función de los criterios considerados clave para la realización del análisis, se llevó a cabo una comparación de dichos elementos en los modelos identificados (Tabla 2). No se consideró necesario que todos los modelos incluyeran todos los elementos clave. Fueron incluidos aquellos aspectos que se observaron con mayor frecuencia.

Finalmente, los elementos comunes fueron contrastados con la experiencia de los autores en la revisión de dilemas éticos a través de reuniones en las que se discutieron la pertinencia y aplicabilidad de dichos elementos en el análisis de los dilemas frecuentemente sometidos a los Comités de Ética Hospitalaria en México.

Tabla 2 Análisis comparativo de los modelos propuestos para abordar dilemas éticos

| Modelo o método | Identificación del dilema | Definición de hechos | Definición de valores y principios | Toma de decisión |
|--|---------------------------|----------------------|------------------------------------|------------------|
| Anne Davis | X | X | X | X |
| Nijmegen | X | X | X | X |
| Diego Gracia | — | X | X | — |
| Integral | X | X | X | X |
| Del Centro de Ética Médica de Bochum | — | X | — | — |
| Brody y Payton | X | X | X | X |
| Curtin y Flaherty | X | X | X | X |
| Thompson y Thompson | X | X | X | X |
| Fórmula SAD | — | X | X | X |
| Javier Morata | X | — | X | X |
| Elaine Congress | — | — | X | X |
| Federación Internacional de Trabajadores Sociales (IFSW) | — | X | X | X |
| Loewenberg y Dolgoff | X | X | X | X |
| Ley Social | X | X | X | X |
| DOER | X | X | X | X |
| Brommer, Gratto, Gravender y Tuttle | — | X | X | X |
| G. Corey, M. Corey y P. Callanan | X | X | X | X |
| Kenneth Pope y Melba Vasquez | X | X | X | X |
| Bush, Connell y Denney | X | — | X | X |
| Ferrell, Gresham y Fraedrich | X | X | X | X |
| Hunt y Vitell | — | X | X | X |

3. Resultados

3.1. Modelo de Anne Davis

En este modelo se presenta una guía donde se consideran las circunstancias que rodean al dilema como un factor muy importante. Davis sugiere identificar la existencia de un dilema, obtener la información necesaria para establecer los hechos y limitaciones de la situación y ver los principios éticos afectados, las obligaciones de los sujetos participantes en la toma de decisión y el papel de la Organización. Propone utilizar las siguientes interrogantes como ayuda para obtener información relevante: ¿qué información se tiene?, ¿es científica o sociocultural?, ¿qué valores intervienen? y ¿qué información se necesita y no se puede conocer?^{7,8}

3.2. Método de Nijmegen

Es un método de deliberación aplicable a la práctica clínica desarrollado en Holanda por un grupo multidisciplinario de médicos, con la idea de aplicarlo al discernimiento ético. El método enfatiza que debe ser el médico tratante y el personal de salud encargado del paciente quienes deben tomar la decisión ética. En este sentido, se aleja del enfoque norteamericano de buscar un consejero. El método consiste inicialmente en definir el dilema o problema ético, el entorno relativo a la Organización y su influencia en el personal de salud, así como los valores del paciente y la dimensión social. Posteriormente, se realiza la evaluación con base en el *bien* del paciente, tomando en consideración su autonomía y la responsabilidad de los profesionales con el cuidado

de la salud. La toma de decisión debe hacer una recapitulación del problema moral y evaluarlo posteriormente para ver su impacto⁹.

3.3. Método de Diego Gracia

Propone que el razonamiento moral, el cual se establece a partir de llevar a cabo un proceso de deliberación, consta de tres niveles: el primero es el marco general de referencia o canon de moralidad a partir del cual deben contrastarse los hechos. El marco de referencia es fundamentalmente deontológico, por lo cual se afirma que todo ser humano es persona y por lo tanto tiene dignidad y no precio. En ese mismo sentido, habría que aceptar el precepto de que todas las personas son iguales y merecen la misma consideración y respeto. Un segundo nivel se enfoca a definir y establecer los esbozos morales en forma de valores y principios éticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), para los cuales, sin embargo, Gracia establece un marco crítico. El tercer nivel del razonamiento moral es el análisis de las circunstancias y consecuencias del acto concreto, que en último término desembocan en la definición de un deber moral, así como de un deber legal¹⁰.

3.4. Método Integral

Desarrollado en México por un grupo de médicos especialistas en el campo, propone la necesidad de trabajar en la práctica clínica con una ética de máximos que garantice el desarrollo y la integridad de las personas acorde con el avance tecnológico, científico y biomédico. Integra los tres

aspectos de la acción: el agente moral, la acción (derechos y obligaciones) y las consecuencias de la acción. Analiza el *bien* desde varias perspectivas éticas, con flexibilidad y búsqueda de principios éticos que perfeccionen a las personas en la relación entre clínicos y pacientes. Se favorece una reflexión crítica en la que participa todo el equipo de salud, el paciente y los familiares, permitiendo al médico tratante tomar una decisión responsable; es decir, con conocimiento, voluntad y libertad, desplegando su máximo poder moral. No busca el consenso, ya que la decisión ética por consenso es anónima y nadie se hace directamente responsable. El análisis ético debe realizarse desde el punto de vista utilitarista, deontológico y aretológico, es decir, integral, a fin de alcanzar la visión más amplia posible^{11,12}.

3.5. Modelo del Centro de Ética Médica de Bochum

Dicho modelo fue elaborado por el doctor Hans-Martin Sass y el doctor Heben Viefhues al fundar el Centro de Ética Médica de Bochum en 1985, y ha sido utilizado ampliamente en Argentina. Se basa en la formulación de preguntas y en la identificación de hallazgos científicos y ético-médicos. Busca llevar a cabo reflexiones de índole general en relación con la salud y el bienestar de la persona, así como indagar información sobre la autodeterminación del paciente. Hace énfasis en el manejo del caso y recomienda tomar en cuenta el actuar médico, así como la responsabilidad médica inherente. Adicionalmente, plantea preguntas acerca de la forma en que se lleva a efecto la valoración ética en casos con tratamiento prolongado, que resultan de relevancia social y en los que se identifican complicaciones familiares, emocionales, económicas y profesionales¹³.

3.6. Modelo de Brody y Payton

A comienzos de los años 70, Howard Brody desarrolló un modelo para la toma de decisiones éticas basado en el utilitarismo y la deontología. El modelo podría ser aplicable en diferentes situaciones relacionadas con la atención de la salud y desde cualquier perspectiva teórica. A través del enfoque utilitarista se podría desarrollar la percepción del problema, con una lista de alternativas y sus posibles consecuencias; se asignaría un valor a la felicidad que produce y se seleccionaría la alternativa que podría producir la mayor felicidad. Mediante la perspectiva deontológica se podrían enlistar las alternativas, y entonces compararlas con las normas y principios. Si una alternativa fuera consistente con la norma/principio, entonces indicaría una acción correcta. Si varias alternativas fueran consistentes con las normas/principios, se derivaría que existen varias acciones correctas. Sin embargo, solo una de ellas deberá elegirse¹⁴.

3.7. Modelo de Curtin y Flaherty

En primer término, este modelo propone reunir información relacionada con los antecedentes del caso, para lo cual sugiere responder a diferentes preguntas a fin de complementarlos. Por ejemplo, ¿quiénes están comprometidos en la situación?, ¿qué información científica, cultural, sociológica y psicológica está disponible?, ¿qué información

adicional se requiere? Como segundo punto, se debe identificar el componente ético y los principios éticos involucrados. Se debe definir si es un conflicto ético o de derechos, si es cuestión de mentir o decir la verdad, o bien, si el asunto traduce un conflicto de poder contra autoridad. Se recomienda definir a las personas comprometidas en la toma de decisión y delimitar las posibles opciones de acción tratando de predecir las posibles consecuencias, siempre identificando los principios y teorías morales/éticas subyacentes (utilitarista, deontológica, teoría basada en derechos humanos, ética personal o profesional). El siguiente paso es la recopilación de hechos y principios, ordenándolos jerárquicamente, así como la inclusión de los puntos de vista de cada una de las personas participantes. Por último se debe llegar a una resolución y ejecutarse¹⁵.

3.8. Modelo de Thompson y Thompson

Este modelo fue elaborado en la década de los 70, y en sí mismo se ha constituido en una referencia para el desarrollo de otros modelos. Esta propuesta hace hincapié en la identificación de la decisión que se debe tomar, de modo tal que las personas involucradas en el proceso dirijan hacia ella sus esfuerzos. En un segundo paso se revisa la situación para identificar el contexto y los problemas, los aspectos éticos y morales y las personas involucradas en la situación. En tercer lugar, hay que recopilar información para clarificar la situación, relacionar el problema con la ética de la situación, y posteriormente se debe definir la posición moral y ética, tanto personal como profesional, así como los conflictos de valores o de principios, si existen. Es necesario determinar quién debe tomar la decisión e identificar el ámbito de las acciones y anticipar los resultados. Una vez hecho esto, se debe decidir sobre la conducta a seguir, fundamentarla y ponerla en práctica. Por último, es necesario revisar y evaluar los resultados de la decisión y la acción tomada¹⁶.

3.9. Fórmula SAD

Esta propuesta fue desarrollada por Louis Alvin Day con el propósito de integrar elementos del pensamiento crítico en el razonamiento moral. El razonamiento crítico es un enfoque racional a la toma de decisiones que da énfasis al análisis cuidadoso y a la evaluación, tanto de la definición de los problemas como de las soluciones adoptadas. El método consiste en los siguientes pasos.

Situación: su propósito es identificar los hechos y obtener la información suficiente del problema a fin de comprender el contexto del dilema ético.

Análisis: esta fase constituye la parte más larga del ejercicio, ya que requiere identificar los principios y valores implicados; su propósito es aplicar las teorías morales y considerar las alternativas éticas.

Decisión: este último paso se enfoca a describir en una línea, la conducta a seguir, a fin de que el responsable la tome. Esta decisión deberá defenderse, por lo que se debe preparar para fundamentarla frente a los críticos; su propósito será el de establecer un juicio o conclusión ética basada en la información y alternativas disponibles¹⁷.

3.10. Modelo de Javier Morata

Médico de familia. Expone la necesidad de llevar a cabo la reflexión ética y, consecuentemente, realizar intervenciones en la práctica clínica de primer nivel. Menciona que los dilemas éticos no siempre son del tipo que involucran la vida o la muerte, ya que suelen encontrarse dilemas en la práctica diaria en los que hay que enfrentarse a situaciones que ocasionan conflictos éticos. Morata hace explícita la posibilidad de que, una vez recorridos todos los pasos, no se encuentre una solución satisfactoria; o bien, que la solución encontrada, una vez aplicada, no resuelva totalmente el problema. Su modelo consiste en tres fases.

- 1) Etapa I. Recolección de datos para detectar los problemas desde el aspecto clínico, técnico, ético, así como de experiencias semejantes, a fin de estudiar las circunstancias personales, familiares y sociales.
- 2) Etapa II. Examinar los posibles cursos de acción y evaluar las consecuencias que requieren realizar acciones de prevención; en esta etapa se analiza el sujeto de la acción, quien tiene que colaborar en la resolución, por lo que deberá reconocerse el grado de competencia, idoneidad y capacidad del médico, el paciente y el resto de los participantes.
- 3) Etapa III. Toma de decisión y ejecución¹⁸.

3.11. Modelo de Elaine Congress

Profesora y decana asociada en la Universidad de Fordham, Nueva York, en los 90 propuso un modelo para la toma de decisiones éticas que fuera, a la vez, rápido y eficaz. Congress, utilizando las dos tradiciones filosóficas subyacentes en el trabajo social —la kantiana o deontológica (autodeterminación y confidencialidad) y la utilitarista o teleológica (consecuencialista) —, trató de tomar en consideración de manera simultánea los principios y las bases filosóficas de ambas tradiciones para proponer un modelo denominado ETHIC, cuyas bases descansan en los valores, el código de ética y el contexto en que se desarrolla el trabajo social. Su método considera los siguientes pasos:

- E.* Examinar los valores relevantes personales, sociales, de la empresa, del usuario y del profesional.
- T.* Aplicar a la situación las normas del Código de Ética de la NASW, así como las leyes relevantes.
- H.* Plantear hipótesis sobre las posibles consecuencias de distintas decisiones.
- I.* Identificar quién se beneficiará y quién resultará dañado a la luz del compromiso del Trabajo Social con los más vulnerables.
- C.* Consultar con el supervisor y con otros colegas sobre la decisión ética que se juzgue como adecuada¹⁹.

3.12. Modelo de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (IFSW)

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales, fundada en París en 1928 y refundada en Munich en 1956, propuso un modelo de resolución de dilemas éticos conjuntamente con el Centro para los Derechos Humanos. Es un

modelo que requiere tomar en cuenta los principios básicos contenidos en los Códigos de Ética, el contexto en que se llevan a cabo las acciones, los motivos que tienen las personas para actuar, el contenido moral de los actos y sus consecuencias. El modelo propone cuatro pasos:

- 1) Basarse en las teorías éticas deontológicas y utilitaristas
- 2) El uso de un código moral
- 3) Un sistema de reglas derivadas de los principios
- 4) Primacía de las reglas morales más allá de los juicios y acciones individuales²⁰.

3.13. Modelo de Loewenberg y Dolgoff

Esta obra tuvo una gran influencia en la década de los 80. Se basa en las propuestas teóricas de diversos autores y recomienda una toma de decisiones gradual y en la que deben considerarse varios factores, personas y antecedentes. Propone lo siguiente:

- 1) Identificar el problema y los factores que contribuyen a mantenerlo
- 2) Tomar en consideración a las personas e instituciones relacionadas con dicho problema
- 3) Identificar los valores que mantienen los distintos participantes y que son relevantes para el problema
- 4) Mencionar las metas y objetivos que se busca resolver, o al menos reducir, en relación con el problema
- 5) Hacer explícitas las estrategias de intervención consideradas
- 6) Asegurar la efectividad y eficacia de cada alternativa en términos de las metas identificadas
- 7) Determinar quién debería estar implicado en la toma de decisiones
- 8) Seleccionar la estrategia más apropiada
- 9) Implantar la estrategia seleccionada
- 10) Hacer un seguimiento de la implantación, prestando particular atención a las consecuencias que no se habían anticipado previamente
- 11) Evaluar los resultados e identificar problemas adicionales²¹.

3.14. Modelo de la Ley Social

Basados en propuestas previas¹⁰, se propuso un modelo que pretende enfatizar la justificación de las decisiones éticas que se toman en el seno de las instituciones. El modelo se divide en tres partes: la primera más genérica, en tanto que en la segunda se analizan los principios éticos y se propone una jerarquía entre los mismos, y la tercera incluye la acción y la evaluación. Primera parte:

- 1) Narrar los hechos; 2) identificar datos relevantes del caso; 3) identificar la naturaleza del problema ético; 4) identificar a los afectados por el problema y sus motivos; 5) generar posibles alternativas al problema planteado; y 6) considerar las dificultades de poner en práctica tales alternativas.

En la segunda parte se requiere de la valoración ética y toma de decisión: 7.1) un sistema de referencia moral; 7.2) considerar los principios morales; 7.3) tomar en cuenta las consecuencias morales tanto subjetivas como objetivas (es

necesario preguntarse si hay conflicto entre las consecuencias); y 7.4) la toma de decisión moral, en la que se debe lograr la resolución del conflicto. Se deben relacionar las consecuencias con los principios y resolver, si existe, el conflicto de principios. Esto con el fin de obtener un contraste del resultado con el sistema de referencia, para así, tomar una decisión final.

En la tercera parte es necesario 8) poner en práctica la decisión adoptada y 9) evaluarla²².

3.15. Método DOER

Es un método propuesto por la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Este método se compone de cuatro fases.

Delimitar el conflicto, mediante una valoración integral de la salud del paciente, identificando motivos, circunstancias y hechos. Es necesario además considerar el Código Deontológico.

Ofrecer opciones al paciente por medio de información objetiva, veraz y completa.

Elegir la opción que parezca óptima para el paciente, quien deberá escogerla libremente frente a las alternativas ofrecidas.

Resolver el conflicto, comunicar al equipo interdisciplinario la opción elegida por el paciente y la postura a adoptar, evaluando posteriormente dicha elección²³.

3.16. Modelo de Brommer, Gratto, Gravender y Tuttle

Proponen un modelo cuyo propósito es explicar la toma de decisiones éticas. El modelo hace referencia fundamentalmente a dos grandes categorías de factores que influyen en la toma de decisión: por una parte, los factores del medio ambiente, y por otra, los factores individuales. Entre los factores atribuibles al medio ambiente se encuentran la diversidad de ambientes, el trabajo, el personal que labora en las organizaciones, aspectos profesionales, gubernamentales, legales y sociales. Los factores individuales pueden intervenir también en la decisión; sin embargo, dichos factores no son planteados como condicionantes, sino como facilitadores. El modelo se conforma de seis grandes grupos divididos en categorías, aunque, en general, en el modelo se espera que alrededor de 20 variables intervengan o sean relevantes para la toma de decisiones éticas^{24,25}.

3.17. Modelo de G. Corey, M. Corey y P. Callanan

Estos autores proponen un modelo que integra 8 pasos.

1. Identificar el dilema
2. Identificar los posibles problemas involucrados
3. Revisar los códigos éticos relevantes
4. Conocer las leyes y regulaciones que pueden ser aplicadas al caso
5. Hacer las consultas que se requieran para clarificar el caso
6. Considerar las probables direcciones de la acción a realizar

7. Enumerar las consecuencias de las diferentes alternativas

8. Decidir cuál será la mejor opción

El modelo surge en el contexto de la Consejería. En ese aspecto, recomienda no asumir una postura única en relación a las teorías; por el contrario, habría que utilizar los elementos que sean útiles para la mejor toma de decisiones. Estos autores visualizan la Consejería como una herramienta que puede cambiar de manera sustantiva la vida de las personas. De ahí su énfasis en los elementos éticos que se deben considerar²⁶.

3.18. Modelo de Kenneth Pope y Melba Vasquez

El modelo inicialmente fue publicado en 1991 y consiste de los siguientes pasos:

- 1) Identificar la situación que requiere tomar una decisión ética
- 2) Anticipar quiénes se verán afectados por dicha decisión
- 3) Identificar a la persona que está en medio de los sucesos
- 4) Valorar la relevancia de las diferentes áreas que intervienen en la situación (por ejemplo, el grado de conocimientos y la experiencia)
- 5) Revisar los estándares éticos
- 6) Incluir los aspectos de la legislación pertinentes al caso
- 7) Revisar la teoría y las investigaciones relevantes
- 8) Tomar en consideración los sentimientos personales e identificar si existen prejuicios o algún conflicto de interés
- 9) Prever los efectos sociales, culturales y religiosos
- 10) Consultar con otros expertos
- 11) Identificar los diferentes cursos de acción que pudiera tomar el caso
- 12) Evaluar las diferentes alternativas de acción
- 13) Adoptar la perspectiva de cada una de las personas que se verán afectadas
- 14) Decidir qué se hará; entonces revisarlo y considerarlo
- 15) Actuar asumiendo la responsabilidad de la decisión
- 16) Evaluar los resultados
- 17) Asumir la responsabilidad de las consecuencias de los actos
- 18) Anticipar las implicaciones del caso para prepararse a fin de planear acciones de respuesta²⁷.

3.19. Modelo de Bush, Connell y Denney

Este es un modelo basado en la Teoría de Sistemas y enfocado en la toma de decisiones éticas en psicología forense, en el que se incluyen los siguientes puntos:

- 1) La identificación del problema
- 2) El desarrollo de posibles soluciones
- 3) La consideración de las consecuencias para cada una de las posibles soluciones
- 4) La elección e implementación de un curso de acción
- 5) La evaluación de los resultados y la ejecución de los cambios necesarios
 - A) Consideraciones acerca de la importancia del contexto del problema y de su entorno

- B) La identificación y uso de los recursos ético-legales
- C) El análisis de las creencias y valores de las personas involucradas en el dilema²⁸.

3.20. Modelo de Ferrell, Gresham y Fraedrich

El modelo incorpora la teoría del desarrollo moral cognitivo de Kohlberg; de este modo pueden combinarse aspectos personales con elementos del entorno. Supone que el comportamiento ante un dilema ético se encuentra relacionado directamente con la naturaleza del mismo, las características de cada individuo y de las personas cercanas, así como de las oportunidades que se tienen para resolverlo. El enfoque parte del punto de vista de la organización de las instituciones y toma en consideración los siguientes factores:

- 1) Factores Individuales. En la toma de decisiones los individuos son influidos por aspectos morales, familiares, sociales, y por su educación, así como por las creencias y comportamientos adquiridos a través de la educación formal y por los antecedentes culturales relevantes para la conducta ética
- 2) Factores organizacionales. El comportamiento ético de los individuos dependerá en gran medida de la influencia de personas clave dentro de la organización a la cual pertenecen
- 3) El entorno social y económico. De este se desprenden los códigos de ética previamente establecidos, o los castigos y recompensas relativos a las conductas de los individuos dentro de una organización²⁹.

3.21. Modelo de Hunt y Vitell

Estos autores diseñaron la "Teoría General del Modelo de Mercadotecnia Ética". En este modelo, la filosofía moral a partir de las perspectivas deontológica y teleológica constituye una parte fundamental. La propuesta hace énfasis en la toma de decisiones éticas. No prescribe; parte de la idea de que en las organizaciones, los empleados en general tendrán la percepción de los problemas éticos cuando estos surjan. Los elementos clave en la estructura del modelo describen las posibles alternativas y especifican los siguientes entornos a considerar:

- 1) Entorno cultural. Religión, sistema legal y el sistema político
- 2) Entorno profesional. Normas informales, códigos formales y aplicación de los códigos
- 3) Entorno laboral/industrial
- 4) Entorno organizacional
- 5) Características personales. Religión, valores, fortaleza del carácter moral, desarrollo moral cognitivo, creencias y sensibilidad ética^{30,31}.

4. Discusión

Los comités de Ética Hospitalaria se enfrentan de manera cotidiana al enorme desafío de analizar problemas morales de gran profundidad, y a la responsabilidad de emitir opiniones y recomendaciones relacionadas con su resolución. Para

hacer frente a estos compromisos, se requiere de personal profesional, con un enfoque multidisciplinario, que tenga las herramientas teóricas y la experiencia necesaria para emitir juicios que van a afectar aspectos esenciales de la naturaleza humana.

El análisis de un dilema ético en medicina reviste una gran complejidad, sobre todo por la gran diversidad de aspectos que participan y por las posturas éticas, a veces poco definidas, de los miembros de los comités. Para llevar a cabo esta tarea, es crucial que cuando se discuten los casos se cuente con los elementos que permitan darle orden al proceso, para asegurar una revisión exhaustiva de los diversos aspectos involucrados, así como una clara definición de las posturas éticas que se enfrentan en temas en los que frecuentemente se sostienen opiniones divergentes y posiciones encontradas. En la experiencia de los autores, el proceso de revisión llevado a cabo por algunos de los comités de Ética Clínica en México suele ser poco estructurado, y con frecuencia carece de sistematización; en general, es guiado por la intuición, las posturas éticas no se hacen explícitas, y en ocasiones los dilemas no se especifican con claridad. Dicha situación dificulta el debate y enrarece la resolución.

Los modelos descritos en este artículo constituyen ejemplos de diversos intentos para enfrentar la discusión y análisis de los dilemas éticos en el campo de la salud. La mayor parte de ellos hacen énfasis en la especificación del dilema, en la identificación de los valores y principios éticos que pueden servir de base para resolverlo y, finalmente, en la toma de decisión.

Derivado de la identificación de aspectos comunes en los modelos revisados y con la integración de la experiencia local, se intenta encontrar una propuesta adaptada a nuestro contexto con el mayor nivel de simplificación. Fue posible identificar cuatro etapas relevantes. La primera es establecer el dilema ético, aspecto en el que la mayoría de los modelos coincidió. En la segunda etapa deben especificarse los hechos que se juzgan relevantes para la discusión y potencial resolución del dilema; en la tercera etapa es conveniente hacer explícitos los valores y principios que serán tomados en consideración, así como las posturas éticas que se asumen en el caso en particular, y en la cuarta etapa se requiere tomar una decisión conjunta como comité, a fin de establecer recomendaciones colegiadas a los solicitantes.

A fin de facilitar un análisis relevante y a profundidad de los casos que se presentan a los comités de Ética Clínica y Hospitalaria, se requiere la participación de profesionales provenientes de diversas áreas de la salud, incluyendo la jurídica. En general, puede considerarse que este aspecto se encuentra avanzado en México debido a que la legislación proporciona un marco de referencia definido. Este artículo, sin embargo, se centra en la propuesta de estructurar, de manera razonable y flexible, la revisión de los casos, la cual deberá ser lo suficientemente dinámica y general como para permitir abordar la elevada complejidad de los problemas que se presentan.

El marco legal relacionado con la actuación de los comités de Ética Hospitalaria se encuentra contemplado en la Ley General de Salud y opera a través de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA), un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica y operativa

y la facultad de señalar los criterios bajo los cuales deben actuar tanto los comités Hospitalarios de Bioética como los de Ética en Investigación^{32,33}.

Un elemento que se desprende del análisis en la mayor parte de modelos revisados es el que se refiere a la necesidad de hacer explícitos los valores, principios y posturas éticas, primeramente en un nivel individual y en segunda instancia por el comité, a fin de enfrentar el dilema e intentar resolverlo. Este aspecto obliga a los comités de Ética Clínica u Hospitalaria a promover y facilitar a sus integrantes la educación y cultura necesarias para incorporar estos elementos a su bagaje profesional. Esto con el fin de que la discusión y el análisis sean plurales, amplios y sensibles en torno a las diferentes visiones que se tienen del mundo. El hecho de profundizar en las teorías éticas en las que se sustenta la práctica médica contribuirá a dar mayor claridad y transparencia a las recomendaciones por parte del comité de Ética Hospitalaria. Estas recomendaciones, sin duda, afectarán de manera profunda no solo la vida y futuro de los pacientes sino también tendrán una influencia decisiva en su entorno familiar y social.

A partir del análisis de los modelos que se han descrito para abordar los dilemas éticos, se pudieron identificar cuatro etapas en el proceso de revisión. Las etapas son las siguientes: 1) identificar el dilema ético; 2) hacer explícitos los hechos relevantes para la discusión del dilema; 3) exponer las posturas éticas; y 4) tomar una decisión. El cumplimiento de estas etapas permitiría asegurar una revisión integral por parte de los comités de Ética Clínica. Los miembros de los comités de Ética Hospitalaria requieren conformar una postura ética que les permita dar mayor solidez y transparencia a sus recomendaciones.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Fuente de financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Downie RS, Calman KC. *Healthy Respect. Ethics in Health Care*. Michigan: Oxford Medical Publications; 1998.
- Diccionario de la lengua española. Madrid: Real Academia Española; 1970.
- Center for the Study of Language and Information. Stanford Encyclopedia of Philosophy. (Accessed January 1, 2014). Disponible en: <http://plato.stanford.edu/>
- Altamirano M, Olivé L, Altamirano N, Garduño J. *Valores y Virtudes en Medicina*. México: Corinter; 2014.
- Weinstein MC, Toy EL, Sandberg EA, Neumann PJ, Evans JS, Kuntz KM, et al. Modeling for health care and other policy decisions: uses, roles, and validity. *Value Health*. 2001;4:348-61.
- Valdez-Martínez E, Bedolla M. Comités de ética clínica en México: su desarrollo en el IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45:265-8.
- Davis A, Aroskar M. *Ethical Dilemmas and Nursing Practice*. San Mateo: Appleton and Lange; 1991.
- Davis A. In focus: ethics and integrity. Dealing with potentially dubious practices. *Finance Manage*. 2009;166:18-9.
- Altamirano-Bustamante N, Bobadilla-Aguirre A, Altamirano-Bustamante E, Garduño-Espinosa J, Ávila-Osorio M, Muñoz-Hernández O, et al. ¿Cómo prepararnos para la deliberación ética en la práctica clínica en pediatría? *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2010;67:188-95.
- Gracia-Guillén D. Ética médica. En: Rozman C, Cardellach F, autores. *Farreras-Rozman. Medicina Interna*. Madrid: Elsevier; 2009. pp. 32-9.
- Altamirano M, Garduño J, García M, Muñoz O. *Ética Clínica. Una Perspectiva Transfuncional*. México D.F.: Corinter; 2006.
- Novoa-Jurado AJ, Molina-Durán F, Luna-Maldonado A. Reconstrucción del pensamiento médico: fundamentos del pragmatismo clínico. *Med Clin*. 2004;123:345-51.
- Drane J. *Métodos de Ética Clínica*. Washington, D.C.: OPS; 1990. p. 415-25.
- Garzon-Alarcón N. Toma de decisiones éticas. In: Peña B, compilador. *Memorias Cátedra Manuel Ancizar: Ética y Bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2001. pp. 171-90.
- Curtin L, Flaherty MJ. *Nursing ethics: theories and pragmatics*. Maryland: Prentice Hall; 1982.
- Thompson J, Thompson H. *Professional Ethics in Nursing*. Florida: Krieger Publishers; 1990.
- Day LA. *Ethics in Media Communications: Cases and Controversies*. Louisiana: Cengage Learning; 2006.
- Morata García de la Puerta IJ. Análisis de dilemas éticos en atención primaria. *Med Fam (Andal)*. 2000;1:89-93.
- Congress EP. What social workers should know about ethics: understanding and resolving practice dilemmas. *Adv Soc Work*. 2000;1:1-26.
- García-Álvarez B. Los profesionales del trabajo social y la ética profesional ante los nuevos retos y necesidades sociales. *Humanismo Trab Soc*. 2007;6:173-88.
- Dolgoff R, Loewenberg FM, Harrington D. *Ethical Decisions for Social Work Practice*. Belmont: Brooks/Cole, Cengage Learning; 2011.
- Ballesterio-Izquierdo A. Dilemas éticos en trabajo social: el modelo de la ley social. *Portularia*. 2009;9:123-31.
- Meseguer-Liza C, Torralba-Madrid MJ. Experiencia de innovación educativa basada en la metodología en toma de decisiones éticas DOER. *Enferm Glob*. 2007;6:1-8.
- Bommer M, Gratto C, Gravander J, Tuttle M. A behavioral model of ethical and unethical decision making. *J Bus Ethics*. 1987;6:265-80.
- Jones TM. Ethical decisions making by individuals in organizations: an issue-contingent model. *Acad Manage Rev*. 1991;16:366-95.
- Corey G, Corey M, Callanan P. *Issues and Ethics in the Helping Professions*. Belmont: Brooks/Cole, Cengage Learning; 2010.
- Pope K, Vasquez M. *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2010.
- Bush SS, Connell MA, Denney RL. *Ethical Practice in Forensic Psychology: A Systematic Model for Decision Making*. Michigan: American Psychological Association; 2006.

29. Ferrell O, Gresham L, Fraedrich J. A synthesis of ethical decision models for marketing. *J Macromarketing* Fall. 1989;9:55–64.
30. Hunt S, Vitell S. A general theory of marketing ethics. *J Macromarketing* Spring. 1986;6:5–16.
31. Hunt S, Vitell S. The general theory of marketing ethics: a revision and three questions. *J Macromarketing*. 2006;26:143–53.
32. Tarasco MM. *Comités Hospitalarios de Bioética*. México D.F.: Manual Moderno; 2007.
33. Comisión Nacional de Bioética. *Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Ética en investigación*. México: Secretaría de Salud; 2013.